

DES SUPPURATIONS TÉNONIENNES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 17 Novembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre TAUPIN

Diplômé d'Etudes Supérieures d'Hygiène

Diplômé de Médecine Légale et Psychiatrie

Ancien Interne des Asiles du Rhône

Né à BAGNOLET (Seine) le 10 Janvier 1901



LYON

Imprimerie BOSQ Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1926

DES SUPPURATIONS TÉNONIENNES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553420_0047

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 12

DES SUPPURATIONS TÉNONIENNES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Novembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre TAUPIN

Diplôme d'Etudes Supérieures d'Hygiène

Diplômé de Médecine Légale et Psychiâtrie

Ancien Interne des Asiles du Rhône

Né à BAGNOLET (Seine) le 10 Janvier 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE,
 Assesseur M. X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	X.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE-MARTIN
Pharmacie,	COURMONT (P.)
	X.
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.
GARIN	CORDIER (V.)	SANTY
FROMENT	ROUBIER	DUNET
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL
ROCHAIX	MAZEL	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président ; CORDIER, assesseur

ROUBIER et CHALIER J., agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, témoignage de ma profonde affection et de ma filiale reconnaissance.

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ROLLET,

*Professeur de Clinique Ophthalmologique à la Faculté
de Lyon*

Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a toujours réservé dans son service et l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Il nous en a inspiré le sujet et nous a guidé de ses précieux conseils dans sa rédaction.

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE LYON

A M. LE DOCTEUR LOCARD

A MES JUGES

DES SUPPURATIONS TÉNONIENNES

INTRODUCTION

En 1841, O'Ferrall, s'appuyant sur deux observations, donna, d'une façon précise, les signes de « l'inflammation séreuse ou purulente de la tunique vaginale de l'œil ». De Wecker mit en doute cette dernière complication. « Lorsqu'elle n'est pas consécutive à une panophtalmie grave, dit-il, la capsulite n'abcède jamais. »

Ainsi nettement formulée, cette opinion avait paru un peu exclusive et Sciaux, élève de M. le Professeur Rollet, dans sa thèse (Lyon 1902), en rassemblant quelques cas bien observés, a pu démontrer l'existence de la ténonite suppurée. Ces cas sont, évidemment, rares et il faut un examen attentif pour les dépister avant l'inflammation secondaire ou de l'œil ou des graisses orbitaires.

Cette suppuration ténonienne n'a pas lieu de nous étonner cependant et, de même que Panas a comparé la ténonite séreuse à l'*hygroma* ou à l'hydarthrose, Rollet a pu comparer la ténonite suppurée à l'*hygromite* et surtout à l'arthrite purulente des maladies infectieuses bien étudiées par de Lapersonne et Lagrange.

Nous verrons d'ailleurs en étudiant l'étiologie de l'affection, qu'on l'observe souvent à la suite des maladies infectieuses, offrant ainsi une singulière analogie avec les arthrites suppurées de la même origine.

Cependant, au point de vue pathologique, on ne doit plus admettre les anciennes appellations d'hydropisie, de capsulite, d'hygromite : la ténonite sera simple ou séreuse ou bien suppurée et même fistulisée.

Un certain nombre d'observations, puisées dans la littérature médicale et un cas particulièrement intéressant et rare de suppuration de la cavité ténonienne avec fistulisation, récemment observé dans le service de M. le Professeur Rollet, nous ont conduit à faire des suppurations ténoniennes le sujet d'un travail d'ensemble sur la question.

Nous avons obéi aux conseils et à l'inspiration de notre maître, M. le Professeur Rollet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dont nous avons suivi l'enseignement avec le plus vif intérêt : qu'il nous soit permis de lui témoigner publiquement toute notre reconnaissance pour le bienveillant accueil avec lequel il nous a reçu et les précieux conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Après quelques considérations générales sur la constitution anatomique, les rapports et le rôle physiologique de la capsule de Tenon, notions succinctes destinées à éclairer la symptomatologie de la maladie, nous décrirons les suppurations ténoniennes, en insistant sur certains caractères, qui en constituent l'individualité.

Dans une première partie, nous traiterons de la symptomatologie des suppurations ténoniennes ; puis nous ferons suivre cet exposé de quelques considérations sur le pronostic, les complications possibles et le traitement.

Enfin, nous citerons, à l'appui de notre travail (autant que possible, *in extenso*, en raison de l'intérêt qu'elles présentent), les quelques observations que nous avons trouvées au cours de nos recherches.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu anatomique

Le 29 Fructidor, an XIII, le chirurgien Tenon donna lecture à l'Institut d'un mémoire dans lequel il présenta une description magistrale de la membrane à laquelle il attacha son nom. Ce document est d'une importance capitale dans l'histoire des aponévroses de l'orbite. Tenon considère déjà la capsule fibreuse de l'œil comme le centre d'où partent les expansions orbitaires traversées par les muscles.

Ce mémoire si remarquable resta cependant longtemps dans l'oubli et ce n'est que vers 1840, que la découverte de Stromeyer (strabotomie) remit à l'ordre du jour les questions relatives aux muscles et aux aponévroses orbitaires.

Malgaigne reproduit à peu près l'opinion de Ténon et il ajoute avec raison : « Cette membrane ne serait-elle pas le siège de l'ophtalmie rhumatismale ou arthritique. »

Dans la suite, Baudens, Lucien Boyer, Jules Guérin s'attachèrent à compléter la description de Ténon et

c'est à Hélie que l'on doit la fameuse comparaison du *bonnet de coton*, qui devait donner lieu à tant de discussions.

Puis, Bonnet, en 1841; Lenoir, en 1850, reprennent l'étude de la capsule de Tenon au point de vue chirurgical.

Enfin, Richet (1843 et 1855), Cruveilhier, Sappey, Panas, Tillaux ont chacun leur part dans la conception actuelle de la capsule de Tenon, *que l'on considère comme l'aponévrose du groupe musculaire de l'orbite* (Poirier).

Comme toutes les aponévroses des groupes musculaires, elle se dédouble pour former les gaines particulières des muscles, les enveloppes des glandes (glande lacrymale) et des viscères de la région. Nous décrivons l'aponévrose orbitaire d'arrière en avant en partant du fonds de l'orbite.

A son origine, aux points d'insertion des muscles de l'orbite, elle est celluleuse et se soude avec le périoste et la gaine fibreuse du nerf optique. Elle accompagne les muscles en avant, leur fournit une gaine et s'étend dans les intervalles musculaires, en une lamelle très mince qui cloisonne dans ses dédoublements cellulux, les lobules adipeux, les vaisseaux et les nerfs.

Au niveau de l'hémisphère postérieur du globe, les deux feuillets de la gaine des muscles s'épaississent et prennent une disposition très différente.

Le feuillet profond, celluleux au fond de l'orbite, forme, à partir de 7 à 8 millimètres, une membrane mince et presque translucide, de plus en plus apparente au fur et à mesure qu'il avance, mais au niveau

du pôle postérieur du globe, avant l'insertion scléroticale du tendon, il s'épaissit tout à coup et prend l'aspect d'une membrane élastique blanc jaunâtre. Puis, au lieu de continuer sa marche en avant, il abandonne le muscle et son tendon, qui doit glisser librement dans la cavité séreuse, pour se replier sur l'hémisphère postérieur qu'il tapisse en formant la partie postérieure de la capsule fibreuse de l'œil.

Le feuillet superficiel se divise vers l'équateur de l'œil en deux fascias inégalement étendus et résistants.

Le premier, souple, élastique, translucide, continuant exactement ce feuillet superficiel, accompagne la partie oculaire du muscle et le tendon dont il forme la gaine superficielle, puis s'étale sur la sclérotique dans les intervalles musculaires et se prolonge jusqu'à la cornée. On lui donne le nom de fascia sous-conjonctival ou *capsule antérieure*. La capsule antérieure unie à la capsule postérieure constitue la *capsule fibreuse complète du globe*.

Le second, s'écartant du globe, se rend aux paupières et à la circonférence de l'orbite, en forme d'entonnoir fibreux ou cellule fibreuse, dont les faisceaux situés au niveau des muscles, considérablement renforcés, prennent le nom d'*ailerons ligamenteux*. Cet entonnoir est l'agent de fixation et de suspension de l'appareil moteur et du globe.

Entre la capsule fibreuse et la sclérotique, existe un espace lymphatique que l'on désigne sous le nom de *cavité ou d'espace ou de fente de Tenon*. Cette cavité est virtuelle à l'état normal, cependant cette dénomi-

nation est aussi justifiée que celle de la *cavité de Retzius*, où, également, il y a du tissu cellulaire lâche entre divers plans.

Sa limite antérieure est tracée par l'insertion des tendons des muscles droits et par la ligne de jonction des extrémités tendineuses sur laquelle s'insère la capsule fibreuse.

En arrière, sa limite est moins précise. Il semble cependant établi que la capsule de Tenon s'étend jusqu'à l'entrée du nerf optique et qu'elle y possède une ouverture circulaire par où le nerf optique et les vaisseaux ciliaires postérieurs parviennent au globe de l'œil. Par l'ouverture en question, la cavité de Tenon se trouve en communication directe avec une autre cavité qui entoure comme une enveloppe la gaine extérieure du nerf optique.

La face viscérale est formée par une couche endothéliale appliquée sur la sclérotique (séreuse viscérale).

La face pariétale est limitée par une membrane conjonctive d'une extrême finesse, transparente, revêtue d'un endothélium présentant tous les caractères d'une membrane séreuse (séreuse pariétale).

Les faces pariétales et viscérales sont lâchement unies par des filaments cellulux très ténus. Ces filaments sont ordinairement moins nombreux et la cavité est, par conséquent, plus libre sous la face oculaire des muscles et près de leurs tendons.

Au point de vue physiologique, l'aponévrose orbitaire assure la fixité et l'intégrité de l'appareil moteur et du globe, plongés dans une cavité relativement

vaste. L'aponévrose et son entonnoir orbitaire sont assez résistants pour assurer l'équilibre des muscles et du globe, mais, en même temps, assez élastiques pour se prêter à leurs mouvements.

L'assimilation des mouvements oculaires avec ceux d'un os dans son articulation est dépourvue de base, attendu que le globe ne se déplace pas dans une cavité séreuse, mais dans du tissu lâche et extensible.

CHAPITRE II

Etiologie des Suppurations Ténoniennes

Alors que l'influence du rhumatisme sur la ténonite séreuse est nettement démontrée (Panas, Puéchagut), il semble que cette même influence ne puisse être invoquée quand il s'agit de ténonite suppurée. La ténonite rhumatismale reste le plus souvent séreuse et se termine par la résolution.

Il est cependant des cas très nets de ténonite rhumatismale où le mode de terminaison est la suppuration (Observations IV et V). Ces cas sont rares. Il en est généralement de la ténonite qui accompagne le rhumatisme comme des arthrites de même origine : le processus inflammatoire n'est pas de nature phlegmoneuse ; il y a ordinairement « *restitutio ad integrum* », sans passage par le stade de suppuration.

En dehors de ces cas, où le rhumatisme a eu une action prédisposante, on note souvent l'apparition d'une suppuration ténonienne au cours et à la suite des maladies générales, et Rollet a assimilé cette suppuration à l'arthrite purulente des états infectieux.

La suppuration ténonienne peut être engendrée par affection de voisinage: traumatisme de l'œil, cyclite grave, érysipèle des paupières, ophtalmie purulente des armées (Ansiaux), abcès de la bouche (Romiée), quoique, dans ces cas, le phlegmon orbitaire ait tendance à venir dominer la scène. Elle peut succéder à une infection des cavités voisines (German).

Chez le malade de Hodges, la ténonite suppurée suivit l'influenza. Dans un cas de Romiée, l'affection était post-diphtérique. Dans le cas de Fuchs, elle survint au cours d'une pneumonie et le pus renfermait des pneumocoques qui déterminèrent une infection mortelle chez la souris. Le malade de Schwarz fut atteint de suppuration ténonienne à diplocoques pendant une attaque d'influenza. Le staphylocoque a été rencontré souvent et Jocqs a publié une observation de suppuration ténonienne au cours d'une septicémie urinaire.

En résumé, le plus souvent, la suppuration ténonienne est le résultat de la localisation métastatique d'un micro-organisme virulent au niveau de l'espace de Tenon, au cours d'une maladie générale.

Enfin, il est des cas (Observ. III) où la cause de l'affection n'apparaît pas nettement. La suppuration ténonienne est secondaire à une affection oculaire peut-être minime, puisqu'elle passe inaperçue.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Le début de l'affection est brusque et s'annonce par des douleurs. C'est, en effet, le premier symptôme qu'accusent les malades. Il réside dans des douleurs péri-orbitaires intenses survenant par accès, comme s'il s'agissait d'une névralgie. La douleur dont le siège correspond à la distribution de la branche ophtalmique de Willis, s'irradie à la moitié correspondante de la face. A ces douleurs spontanées et périodiques s'ajoute une douleur gravative permanente, qui paraît siéger au fond de l'orbite et qu'augmente la pression sur le globe oculaire.

Ce qui est caractéristique, c'est que, dès le début, tout mouvement du globe est douloureux. Le malade ne peut suivre un objet déplacé devant ses yeux que grâce à des mouvements d'ensemble de la tête ; ses yeux restent immobiles.

Les deux ou trois premiers jours, les troubles fonctionnels se bornent aux douleurs dont nous venons de

fixer le caractère et à la gêne des mouvements de l'œil. On n'observe, en effet, rien d'anormal à l'inspection des yeux : pas de rougeur de la conjonctive, car ce signe n'apparaît que secondairement. Le larmolement n'apparaît que lors de l'examen de l'œil : il est alors vraisemblablement dû à un acte réflexe que détermine la douleur provoquée. La vision n'est nullement troublée et rien n'explique, en apparence, les souffrances éprouvées par le malade.

Ces symptômes vont en s'accroissant et, dès le quatrième jour, alors que les douleurs orbitaires et péri-orbitaires, la gêne des mouvements, ont acquis leur summum d'intensité, apparaît un nouveau symptôme, l'*injection sous-conjonctivale* avec rougeur, bientôt suivie du gonflement des paupières et de *chemosis* ou œdème de la conjonctive péri-cornéenne.

Nous décrirons successivement ces différents symptômes :

L'injection sous-conjonctivale est un des signes les plus constants et de Wecker lui attribue une grande valeur diagnostique. Cette congestion relève de l'inflammation et aussi de la gêne de la circulation intra-orbitaire qui accompagne nécessairement la distension de la capsule rétro-oculaire.

Le gonflement est ordinairement limité à la paupière supérieure dont l'infiltration séreuse peut amener la chute au devant de la cornée, ce qui constitue le *ptosis*. Celui-ci est loin d'être constant et a été noté par Puech dans des cas de ténionite simple. Mais ce gonflement offre un aspect très particulier qu'il importe dès maintenant de mettre en relief, vu sa valeur

au point de vue du diagnostic différentiel. Ce gonflement est limité par une ligne très nette, parallèle au contour de l'orbite et distante de celui-ci de 1 centimètre à 1 cm. 5. Cette particularité indique que la suppuration est bornée à l'intérieur de la capsule de Tenon et qu'elle a laissé intacts les tissus extra-capulaires.

Le *chemosis* est constant et occupe d'abord le cul-de-sac inférieur de la conjonctive bubaire. Il reste ordinairement séreux et offre une remarquable persistance.

Il est un autre signe dont il importe d'autant mieux de bien déterminer la nature, qu'il peut parfaitement passer inaperçu, si l'on n'y prend garde. Nous voulons parler de l'*exophtalmie*. La saillie du globe oculaire n'apparaît qu'au bout de quelques jours : c'est donc un phénomène secondaire. Cette protrusion de l'œil est facilement explicable. Il arrive ici ce qui arrive pour la synoviale d'une articulation atteinte d'arthrite purulente; les parties refoulées sont celles qui offrent la moindre résistance à la pression. Cette exophtalmie n'est jamais très considérable et ne dépasse pas quelques millimètres, 2 à 7 au plus. Quel qu'en soit d'ailleurs le degré, il est toujours en rapport avec la quantité de pus qui distend la capsule de Tenon. Si l'exophtalmie est très légère, elle peut passer inaperçue, surtout quand l'affection est binoculaire. De plus, elle se produit d'une manière uniforme : *elle est directe*. Le globe est simplement projeté en avant sans aucune déviation dans quelque autre sens. Ce fait a une grande importance, vu qu'il peut

servir au diagnostic de la ténonite, avec d'autres affections orbitaires s'accompagnant d'une exophtalmie, qui présente des caractères différents.

Alors qu'à l'état normal, le globe de l'œil est extrêmement mobile et se meut dans tous les sens avec la plus grande facilité, l'œil reste comme figé et immobile quand il est atteint de ténonite. A cette immobilité ou *dyskinésie* imposée par la douleur qui résulte de tout déplacement du globe, se joint la *limitation des excursions bulbaires*, phénomène qui peut échapper à un observateur non exercé, vu qu'il est beaucoup moins prononcé que dans les inflammations des autres parties de l'orbite. C'est un signe qui demande à être cherché, car il ne se manifeste que dans les mouvements extrêmes de l'œil et n'est sensible aux malades qu'en leur donnant la perception d'images doubles. Dans le regard direct, il n'y a pas de diplopie. L'apparition des images doubles n'a lieu que pendant le regard forcé dans toutes les directions.

Si, maintenant, après la constatation des diverses manifestations symptomatiques dont il vient d'être question, on passe à l'examen des membranes de l'œil et de ses annexes, on constatera la tuméfaction des culs-de-sac conjonctivaux avec induration des sillons orbito-palpébraux, sans que ces derniers présentent de collection purulente fluctuante, comme dans le phlegmon orbitaire.

Dans plusieurs cas de ténonite suppurée cités par les auteurs, il est fait mention d'une *petite collection purulente siégeant à l'insertion d'un ou de plusieurs muscles droits*. Etant donnée la disposition anatomi-

que de la capsule de Tenon, au niveau des attaches tendineuses des muscles oculaires, on comprend facilement que le pus, enfermé dans cette capsule, doive nécessairement suivre la gaine aponévrotique qui accompagne le tendon musculaire jusqu'à son insertion sclérale, d'où cette petite saillie de la sclérotique au point où viennent se fixer les tendons.

La *fistulisation* ou l'ouverture spontanée de cette petite saillie est très rare et nous n'en avons pas d'autres cas que celui que nous rapportons.

On sent, en outre, par la pression exercée sur le pourtour de l'orbite, que les parties molles de cette cavité sont distendues et vaguement fluctuantes.

Malgré cet ensemble symptomatique auquel donne lieu l'inflammation péri-oculaire, les membranes de l'œil sont relativement intactes et les milieux restent transparents.

La cornée est un peu floue, terne; parfois le bleu de méthylène décèlera un petit ulcère.

L'iris est normal quant à sa couleur et à sa forme; la pupille n'est pas déformée.

Les membranes profondes ne subissent, en général, aucune modification notable, du fait de l'affection ténonienne.

En dehors de la gêne qu'éprouve le malade à mouvoir son œil, l'acuité visuelle n'est pas sensiblement diminuée. Ce fait n'a pas lieu de nous surprendre puisque les membranes sont intactes.

L'examen ophtalmoscopique est, en général, possible, vu que les milieux ne sont pas troublés. Le Professeur Panas signale dans la ténonite « la dilatation

des veines rétinienne et l'existence d'un pouls veineux ne dépassant pas l'aire du disque papillaire ». Romiée a observé, à différents examens ophtalmoscopiques, un léger œdème péripapillaire. Enfin, chez un malade de M. le Professeur Rollet (Observ. III), il y eut une véritable névrite optique, avec atrophie post-inflammatoire au début.

Dans la ténionite suppurée, telle que nous venons de la décrire, il s'agit d'une lésion surtout locale, avec peu de retentissement sur l'ensemble de la constitution; peu de fièvre; pas de délire ni autres accidents cérébraux, tels qu'il est fréquent de les rencontrer dans le phlegmon de l'orbite.

L'examen bactériologique du pus montre le plus souvent la présence de cocci, gardant le Gram qui ont été identifiés maintes fois avec le staphylocoque. On a également identifié le pneumocoque.

CHAPITRE IV

Durée. — Marche. — Complications

La durée de la maladie se montre assez variable, à en juger par les quelques observations que nous reproduisons à la suite de ce travail. Il est donc impossible d'assigner à son évolution des limites précises.

Abandonnée à elle-même, la ténionite suppurée ne guérit spontanément qu'après l'établissement d'une fistule conjonctivale. Dans les cas heureux, après l'abondante sécrétion des premiers jours, le pus se tarit peu à peu et il ne reste plus qu'une petite taie à l'emplacement de la fistule.

Parfois, le pus enflamme de proche en proche le nerf optique et se répand dans l'orbite ou dans l'intérieur du globe. On est ainsi exposé, à voir survenir, principalement du côté du globe, des complications graves qui compromettent irrémédiablement la fonction de cet organe.

Au nombre des complications possibles, nous cite-

rons la panophtalmie (Schwarz, Gallemaërts) ; l'hyalite suppurée (Fuchs), de vives douleurs nécessitant l'énucléation (Hodges), la perforation du globe, suivie d'atrophie (Capolongo), l'atrophie optique (Rollet, Rampoldi).

CHAPITRE V

Diagnostic différentiel

Parmi les signes relevés à propos de la ténonite suppurée, plusieurs constituent des symptômes communs à un certain nombre d'affections localisées dans l'orbite, plus particulièrement le phlegmon orbitaire, la panophtalmite et l'ostéo-périostite aiguë du rebord orbitaire, affections à réaction inflammatoire vive avec douleurs intenses.

Nous allons les passer successivement en revue pour en établir le diagnostic différentiel :

1° *Phlegmon de l'orbite.* — Cette grave affection survient brusquement; parfois, en 24 heures, éclatent les signes d'une inflammation très vive et ceux-ci acquièrent d'emblée leur summum d'intensité. La rougeur des paupières est précoce et le gonflement et l'induration des culs-de-sac conjonctivaux s'accompagnent d'une sensation très nette de fluctuation, ce qui

n'existe pas quand la suppuration est localisée à la cavité ténonienne. L'exophtalmie est, en général, très marquée; souvent le globe est dévié latéralement et, du côté opposé à celui où le pus s'accumule de préférence. La vision est le plus souvent abolie, alors que, dans la ténonite, l'acuité visuelle n'est que peu ou pas diminuée. Les phénomènes généraux qui accompagnent le phlegmon orbitaire sont ceux d'une maladie infectieuse grave : fièvre, agitation, délire. Rien de tel dans la ténonite où tout est plus local.

2° *Panophtalmite* ou *phlegmon de l'œil*. — Dans ce cas, pas d'exophtalmie, pas de déviation du globe, qui est fortement tendu et dur. Le pus a envahi la chambre antérieure, la cornée est infiltrée et trouble. Or, les milieux optiques sont transparents dans la ténonite. En outre, l'évolution de la panophtalmite est autrement grave que celle de la ténonite. Elle aboutit à la perforation, puis à l'atrophie du globe ou à la destruction complète de l'organe.

3° *Ostéo-périostite aiguë du rebord orbitaire*. — Dans ce cas, la tuméfaction circonscrit nettement le point touché. En outre, la pression sur le rebord orbitaire au niveau de cette tuméfaction est extrêmement douloureuse. Il est donc relativement facile de dépister le siège de l'inflammation.

4° *Sinusites frontales*. — La sinusite frontale donne de l'exophtalmie en dehors et en bas, nettement différente par conséquent de l'exophtalmie directe de la ténonite suppurée. De plus, on note généralement

l'existence d'une tumeur siégeant à l'angle supéro-interne de l'œil et très nettement limitée à cette région.

5° *Sinusites maxillaires*.— Si l'on a affaire à une sinusite maxillaire, l'exophtalmie en haut, la douleur à la pression sur le maxillaire supérieur, l'œdème unilatéral de la face, l'écoulement purulent par le nez, la coexistence d'une lésion nasale ou dentaire, permettront de distinguer cette affection de la ténonite suppurée. L'éclairage des sinus sera bien souvent difficile et imprécis, en raison de l'œdème qui masque les régions d'éclairage.

6° *Tumeurs intra-orbitaires*. — Elles ne prêteront à confusion qu'au début de leur évolution. Dans ce cas, l'exophtalmie est variable, suivant le développement et la position de la tumeur. Mais, les deux axes visuels cessant de converger, le malade accuse de la diplopie. Plus tard, apparaissent des signes spéciaux, tels que: paralyisie d'un des muscles de l'œil, myopie ou hypermétropie, etc. La compression, soit du globe, soit du nerf optique, amène nécessairement une diminution de l'acuité visuelle, et, plus tard, une amaurose plus ou moins complète.

Parmi les signes qui permettent de penser plus spécialement à une inflammation localisée à l'espace de Tenon, il en est deux très importants. C'est d'abord *le faible degré de l'exophtalmie* et surtout *le petit abcès collecté au niveau des insertions tendineuses d'un ou plusieurs muscles droits, comme dans les observations*. Ces deux ordres de phénomènes sont donc ca-

ractéristiques, puisque, dans la suppuration de la loge orbitaire postérieure, l'exophtalmie est très marquée et le pus vient apparaître dans les sillons orbito-palpebraux ou les culs-de-sac conjonctivaux.

Notons enfin l'absence de réaction générale qui est aussi caractéristique.

CHAPITRE VI

Pronostic et Traitement

Alors que la ténonite séreuse est le plus souvent bénigne et guérit généralement par les moyens médicaux en trois semaines environ (Panas, Puéchagut, Daillet), la ténonite suppurée, au contraire, réclame une intervention hâtive qui, seule, peut empêcher les complications graves de survenir. Il serait, en effet, téméraire de lui attribuer un pronostic à coup sûr bénin (Rollet). On peut perdre la vue du fait d'une ténonite suppurée. C'est donc dire qu'en présence d'une suppuration nettement constatée, il faudra se hâter d'intervenir, le succès dépendant de la rapidité de l'intervention.

En présence d'une ténonite suppurée, à l'apparition de la plus légère trace d'inflammation suppurative au niveau de l'insertion d'un des tendons péricornéens ou du chemosis, le traitement est exclusivement chirurgical. Il est formellement indiqué d'intervenir et l'intervention consistera ici dans l'ouverture de la collection au bistouri.

La marche à suivre est des plus simples et sans aucun danger pour le patient.

Après anesthésie du malade au chlorure d'éthyle, on incisera la collection purulente péritendineuse : un fin stylet introduit entre le sclérotique et la conjonctive explorera la loge ténonienne. On appliquera enfin un pansement antiseptique légèrement compressif.

Le pus s'écoulera librement par la fistule conjonctivale qu'aura laissée l'ouverture pratiquée au niveau de l'insertion tendineuse. Ordinairement, il ne persistera, une fois la fistule fermée, qu'une légère cicatrice blanchâtre à peine appréciable.

Il est important d'intervenir hâtivement pour assurer le débridement de la capsule : ce n'est qu'à ce prix qu'on préservera le malade de l'atrophie optique, consécutive à la compression prolongée du nerf, du phlegmon de l'orbite et de la panophtalmie, toutes complications très graves.

Dans quelques cas heureux, on a pu ainsi obtenir la *restitutio ad integrum*.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite)

(Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de M. le Professeur ROLLET).

Ténonite suppurée de l'œil droit avec fistulisation

J... Lucien, 17 ans, voiturier.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 17 août 1926. Sorti le 31 août 1926.

Poussée de furonculose vers le 15 juillet 1926 (région fessière gauche : deux furoncles actuellement guéris). Pas d'autres antécédents. Père et mère bien portants, deux sœurs et un frère en bonne santé; un frère mort du croup à 3 ans.

Pas de maladies antérieures, sauf grippe en 1918. Une quinzaine de jours après les furoncles, le malade s'est mis à souffrir de l'œil droit, c'est-à-dire vers le début d'août 1926. Son entourage remarque que son œil droit est plus proéminent. Les douleurs l'empêchent de dormir. Peu après il s'aperçoit qu'il voit double.

Vers le 8 août, il remarque qu'il présente une grosseur au niveau de la partie inférieure de l'œil droit, sur la conjonctive bulbaire. Cette grosseur s'ouvrit spontanément le 16 août 1926 et il s'écoula du pus. Les douleurs diminuèrent alors.

Vu pour la première fois le 17 août 1926, par M. le Docteur Colrat, Chef de Clinique.

Exophtalmie : O. D. = 19. O. G. = 15.

Les mouvements horizontaux de l'œil sont possibles, mais les mouvements verticaux, vers le haut ou vers le bas, sont totalement supprimés.

Diplopie croisée, mais surtout supérieure ou inférieure, suivant la direction du regard.

O. D. V. = $1/2$. O. G. V. = $2/3$.

Au niveau de l'insertion antérieure du droit inférieur, orifice de sortie du pus, reposant sur une base indurée. La pression sur la tuméfaction provoque l'écoulement de pus par la fistule.

Le 18 août : Examen direct du pus : staphylo. pur.

Le 26 août : Le malade a été traité par les antiseptiques; actuellement exophtalmie.

O. D. = 17. O. G. = 15.

Les mouvements de verticalité reviennent incomplets.

Le 30 août : Mêmes chiffres à l'examen ophtalmologique.

O. D. = 17. O. G. = 15.

Le mouvement d'abaissement est normal, le mouvement de relèvement est limité.

25 janvier 26 : V. = $1/16$; tension Schiötz : 15.

OBSERVATION II

(Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de M. le Professeur ROLLET).

Ténonite suppurée de l'œil droit

O... Claudine, 53 ans, ménagère.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} août 1922.

La maladie a débuté il y a 20 jours par de violentes douleurs à l'œil droit.

A l'entrée : panophtalmie; de plus, exophtalmie et œil figé.

Le 5 août 1922 : Enucléation, au cours de laquelle on ouvre une série de logettes pleines de pus dans l'espace de Ténon,

Le 22 décembre 1925 : La malade revient dans le service. Elle souffre beaucoup de son œil gauche et a été traitée pour conjonctivite.

A l'examen : œil dur, acuité $1/100^e$, tension : Schiötz : 70 glaucome; cataracte partielle.

Le 24 décembre : Œil moins dur. V. = $1/20$; hypermétropie de + 4 dioptries environ.

Le 31 décembre : Iridectomie (Docteur Colrat).

La vision ne revient pas sous l'influence du traitement médical. La pupille reste dilatée.

9 janvier 1926 : V. = $1/5$, tension Schiötz : 15.

OBSERVATION III

(Professeur ROLLET)

Ténonite suppurée, atrophie optique au début

Célestin F..., 21 ans, entre dans le service de M. Rollet, le 13 mars 1901. Pas d'antécédents personnels ou héréditaires. Il se plaint d'une chute complète de la paupière supérieure gauche survenue il y a trois semaines. Cette paupière, à l'examen, est légèrement œdémateuse, sans rougeur. Rien à l'examen de l'œil et de ses annexes. Rien d'anormal ailleurs. Traitement mixte.

Le 17 mars, il y a une légère exophtalmie et un chemosis peu accentué; toujours ptosis un peu œdémateux. Le 20 mars, la paupière œdématisée présente une rougeur manifeste; il y a de l'hypersécrétion lacrymale; les mouvements de l'œil sont limités. Le fond de l'œil est normal, ainsi que l'acuité visuelle.

Le 23 mars, l'état s'est aggravé, les paupières sont tuméfiées et enflammées. L'œil est figé, les sillons orbito-palpébraux sont indurés sans présenter de collection purulente fluctuante. La cornée est floue, avec un petit ulcère décélé par le bleu de méthylène; un peu d'exophtalmie directe; douleurs spontanées très vives; pas de douleurs profondes à la pression du rebord orbitaire. Tuméfaction du cul-de-sac conjonctival supérieur et petit abcès au niveau de l'insertion juxta-cornéenne du muscle droit supérieur,

Le malade anesthésié au chlorure d'éthyle, j'incise la collection purulente péri-tendineuse et un stylet que j'introduis m'indique que je suis dans la cavité rétro-oculaire. Une incision faite le long du rebord orbitaire supéro-externe permet d'assurer qu'il n'y a pas de suppuration de la loge orbitaire postérieure.

25 mars : Réunion immédiate de l'incision orbitaire. Toujours chemosis. Cornée terne. V. = 1/10.

26 mars : Toujours issue de pus par la fistule conjonctivale.

22 avril : Départ du malade. Légère cicatrice blanchâtre vers l'insertion du droit supérieur. Le ptosis a disparu; les mouvements oculaires sont normaux; pas d'exophtalmie; cornée transparente. A l'examen ophtalmoscopique, papille sale avec rétrécissement des artères. V. = 1/6.

L'examen du pus a montré en bouillon de culture des staphylocoques gardant le Gram (Courmont).

14 juin : Le malade est revu. L'œil a son apparence extérieure normale. La papille a un peu blanchi. V. = 1/10.

OBSERVATION IV

(Professeur LUIGI MONESI)

Ténonite Purulente

Cas 1. — F... Mario, âgé de 25 ans, de Pontenure; entre à l'hôpital le 17 septembre 1921, se plaignant de douleurs à l'œil droit et d'une notable diminution de l'acuité visuelle. Il raconte que, 24 jours auparavant, il avait ressenti de fortes douleurs au genou gauche, suivies deux jours après d'un gonflement de l'articulation. En même temps, fièvre assez élevée : 39° environ. Le premier jour il avait eu un épistaxis.

Dix jours après, le genou était moins douloureux, mais apparaissaient de fortes douleurs aux tempes. Trois ou quatre jours après, les douleurs à la tempe gauche disparaurent alors qu'elles s'accrochèrent à la tempe droite. Les mouvements de l'œil devinrent douloureux et devant l'ag-

gravation des symptômes il fut envoyé à l'hôpital par son médecin.

Dans ses antécédents, on relève qu'il eut une bronchite dans son enfance et une pleurésie gauche grave en 1916 pour laquelle il eut une convalescence d'un an.

Pas d'autres maladies.

On se trouve en présence d'un individu pâle, amaigri, avec fièvre à 39°. Le genou gauche ne présente plus de gonflement sensible, mais on réveille encore quelque douleur à la pression et le choc rotulien est perceptible. L'œil droit présente une exophtalmie moyenne. Le bulbe oculaire est projeté en avant, sans déviation latérale; ses mouvements sont douloureux et très limités; en même temps congestion conjonctivale et épisclérale avec un léger chémosis de la conjonctive en bas. Le malade se plaint d'une vision très trouble.

A l'ophtalmoscope, les milieux réfringents sont transparents. La papille du nerf optique est congestionnée, mais non tuméfiée. Les vaisseaux rétinien et surtout les veines sont gonflées. On prescrit de l'aspirine et des pansements humides chauds en permanence sur l'œil.

On peut ainsi résumer le cours de la maladie. Les jours suivants, les douleurs et l'exophtalmie s'accroissent; les paupières sont œdématisées, le chémosis augmente et le bulbe oculaire reste figé. La fente palpébrale ne peut se fermer et il se forme une érosion à la partie inférieure de la cornée. La papille se tuméfie et ses contours s'estompent. La fonction visuelle se réduit à la faible perception de la lumière. Au sixième jour, on substitue à l'aspirine le salicylate à forte dose. La température, qui avait un peu baissé, tombe alors au-dessous de 38°. Au neuvième jour d'hôpital, la conjonctive se perfore au niveau de l'insertion du droit supérieur et par le trou, il sort une grande quantité de pus. L'examen microscopique révèle la présence de nombreux cocci à Gram positif. On ne fait pas de cultures. Le pus détermine sur la région cornéenne avoisinant la fistule, une légère infiltration sans gravité qui guérit en quelques jours. Les signes objectifs disparaissent en même temps que l'écoulement diminue; la mobilité du bulbe revient et n'est plus

douloureuse; seul le droit supérieur récupère lentement sa fonction.

La vision revient rapidement et l'inflammation du nerf optique diminue. Le malade quitte l'hôpital le 9 nov. 1921.

Au bout de 54 jours de maladie, il est complètement guéri et ne présente plus rien à l'examen objectif, si ce n'est deux petites taies à la partie inférieure de la cornée. Le champ visuel est limité à 20° en bas et à gauche, mais normal partout ailleurs. Vision : 5/75. On note à l'ophtalmoscope que la papille droite est légèrement plus pâle que la gauche. Le genou est complètement guéri.

OBSERVATION V

(Professeur LUIGI MONESI)

Ténonite Purulente

S... Pietro, âgé de 15 ans, de Pontenure, entre à l'hôpital le 26 décembre 1921, pour douleurs à l'œil droit et diminution de la vue. Il raconte que, dix jours avant, il avait été pris de douleurs au thorax, à la cuisse droite et à l'œil droit. Les douleurs du thorax et de la cuisse disparurent en quelques jours, mais les douleurs de l'œil continuèrent, pas trop intenses.

Sauf une rougeole pendant l'enfance, le malade n'a jamais eu de maladies.

A l'examen objectif, on observe à l'œil droit, une légère injection de toute la conjonctive, une exophtalmie moyenne, une limitation accentuée des mouvements du globe, mouvements très douloureux. Il existe une légère hyperhémie de la papille. Acuité : 5/10. La température est environ 38°. On administre du salicylate de soude et on fait des applications chaudes et humides en permanence sur l'œil.

Dans les jours qui suivent, les phénomènes observés s'accroissent; les paupières sont œdématisées; il apparaît un léger chémosis de la conjonctive; l'exophtalmie s'accroît; les mouvements du globe sont plus douloureux et ont moins d'amplitude. La fièvre persiste, mais dépasse rarement 38°.

Au neuvième jour de l'arrivée à l'hôpital, la conjonctive bulbaire se perfore au niveau de l'insertion du droit externe et une légère quantité de pus s'échappe qui montre au microscopie des cocci à Gram positif, très peu nombreux.

On a ensuite une amélioration graduelle de tous les symptômes. La fièvre persiste encore quelques jours, puis disparaît. L'œdème palpébral, le chémosis de la conjonctive diminuent petit à petit. Les mouvements du globe s'améliorent, lentement toutefois, et spécialement le mouvement de rotation externe.

Le malade quitte l'hôpital le 21 janvier 1922, après 27 jours de présence. Il est guéri, mais il lui reste toujours une légère limitation des mouvements externes. Le champ visuel, qui a une étendue normale, présente un scotome central où la vision est réduite à 1/50. On note une pâleur de la papille dans sa moitié temporale.

On revoit le malade le 7 juin 1924 et on trouve l'état inchangé.

OBSERVATION VI

(JACQUEAU et LEMOINE)

Irido-ténonite double suppurée

M... T..., 58 ans, est atteint d'abcès de la prostate. Il entre le 11 janvier à l'hôpital Saint-Joseph à Lyon, pour y être opéré dans le service du Docteur Giuliani. Il est rhumatisant, diabétique, albuminurique. C'est donc un excellent terrain pour toutes les infections.

Le jour même de son entrée, il se plaint de troubles visuels à gauche. En même temps que sa vision diminue, il éprouve des petites douleurs péri-orbitaires. Le 19 janvier, soit huit jours après le début de ces troubles, nous voyons le malade pour la première fois. Le diagnostic d'irido-choroïdite ne fait aucun doute, la pupille est irrégulièrement serrée, les milieux sont obscurs, le tonus est normal, les douleurs sont modérées. Les mouvements du globe paraissent normaux. On prescrit des instillations régulières d'atropine.

— 4 —

Le lendemain 20 janvier, l'état local s'est complètement modifié. L'œil est devenu exophtalme, le chémosis est intense, surtout en bas où un bourrelet rouge grenat émerge par-dessus le bord palpébral. Les mouvements du globe qui étaient libres la veille sont aujourd'hui à peu près inexistants. La pupille s'est dilatée sous l'influence de l'atropine et à l'ophtalmoscope, on aperçoit uniquement un reflet jaune verdâtre, caractéristique de l'hyalite supprimée.

Tonus normal : V. = 0.

Le malade ne souffre presque pas. Il éprouve simplement une tension péri-oculaire et accuse une légère douleur à la pression sur le globe en haut, au niveau de la zone ciliaire.

21 janvier. — Etat local stationnaire, mais état général mauvais, à peu près sans souffrances. La température qui s'était maintenue aux environs de 38° s'élève à 39°1. Un examen du Docteur Giuliani ne décèle rien du côté urinaire pouvant expliquer cette ascension thermique rapide.

22 janvier. — La vision de l'œil droit, jusqu'alors indemne, se trouble; le vitré perd une partie de sa transparence. Température : matin 38°5; soir 38°.

23 janvier. — L'état local de l'œil gauche est identique avec exophtalmie peut-être en régression, mouvements du globe un peu plus faciles. Par contre, l'œil droit perd à peu près complètement la vision à son tour, l'exophtalmie et le chémosis apparaissent, la motilité diminue, le fond s'éclaire mal, avec des reflets jaunâtres. Il existe une petite douleur à la pression sur le corps ciliaire. Les symptômes sont identiques à ceux du côté opposé, mais beaucoup plus atténués.

24 janvier. — Apparition subite dans la matinée de phénomènes cérébraux graves. Céphalalgie, délire, agitation. Pas de raideur de la nuque.

Température : 38°.

Le malade meurt le 25 au matin.

Examen nécropsique impossible.

OBSERVATION VII

(F. HODGES)

*Ténonite consécutive à l'influenza. — Enucléation
et examen du globe*

Le malade, âgé de 44 ans, avait été atteint d'une attaque d'influenza pendant le mois de juin 1891.

Durant la seconde semaine de la maladie, la paupière inférieure se gonfla, la moitié inférieure de la conjonctive du globe devint chémotique et en même temps apparut une légère exophtalmie.

L'incision des parties infiltrées de la conjonctive fut suivie d'une amélioration temporaire. Peu de jours après, une incision profonde allant jusqu'au plancher de l'orbite, fut pratiquée sans que l'on trouve de pus.

Le 8 juillet, l'auteur constata un gonflement considérable des deux paupières et un chémosis général. Le globe était légèrement déplacé en avant et en bas, presque immobile et très sensible à la pression, tandis que le bord orbitaire n'était pas douloureux. Les milieux réfringents troublés ne permettaient pas l'examen ophtalmoscopique. L'iodure de potassium fut donné à l'intérieur et on appliqua des fomentations chaudes sans résultats; une seconde incision profonde fut aussi inutile.

Le 14 juillet, l'œil fut énucléé à cause des douleurs. L'opération fut très difficile, car le globe était adhérent dans toute son étendue à la capsule de Tenon. Les parties intérieure et postérieure étaient enfermées dans une masse fibreuse qui environnait également le nerf optique.

L'examen microscopique dû à M. Trœcher Collius donna les résultats suivants :

Les masses fibreuses qui environnent le globe et le nerf optique sont composées de faisceaux irréguliers de tissu fibreux parsemés de leucocytes; elles contiennent quelques portions de muscles oculaires, infiltrés par du pus. La rétine est totalement décollée. La choroïde et le corps ciliaire sont partout infiltrés de cellules rondes, mais l'iris est normal ainsi que la cornée et le cristallin.

OBSERVATION VIII

(RAMPOLDI)

Ténonite suppurée. — Amaurose

Dans les derniers jours du mois de mars, je fus invité en dehors de Pavie à voir le Docteur P..., un brillant médecin, homme sain et robuste, touchant la soixantaine. Il racontait avoir été pris, il y a quelques jours, d'un chémosis rhumatisimal de la conjonctive de l'œil gauche, rebelle à tout traitement. Je le trouvai gardant le lit et souffrant de douleurs très vives dans la région sourcillière gauche avec des irradiations vers le front et la moitié correspondante de la tête.

Il avait placé sur la région malade un emplâtre émollient quelconque, afin de calmer cette vive douleur. Il avait une légère réaction fébrile. Le patient racontait qu'il y a quinze jours, de retour de voyage, il avait été pris soudainement de sueurs profuses et que de cette époque, datait son mal. Au début, il ne ressentit qu'une chaleur médiocre de la conjonctive; la nuit suivante, apparut un bourrelet saillant autour de la cornée, plus prononcé dans le segment inférieur : il se constitua un chémosis séreux.

L'œil est éteint, immobilisé. Application de sangsues à la région mastoïdienne gauche.

Œil droit normal. Œil gauche immobile. Paupière inférieure renversée en bas et immobilisée par le chémosis conjonctival dur et recouvert de quelques croûtes durcies. Hyperhémie de la conjonctive; gonflement de la caroncule lacrymale; tension de la paupière.

L'examen attentif de la cornée par l'éclairage oblique indique un léger trouble vers la périphérie ainsi qu'au centre. Après dilatation de la pupille avec de l'atropine, je pus faire l'examen du fond de l'œil à l'ophtalmoscope. Léger trouble du vitré avec reflet blanc empêchant d'examiner la rétine et la choroïde. Pas d'inflammation de l'iris à part un léger dépoli. Les doigts de la main agités devant l'œil sont bien comptés par le malade, qui ne se plaint que d'insomnie, d'inappétence et d'inquiétude.

Malgré un examen soigné, aucun indice de suppuration dans l'orbite. J'éliminai naturellement une conjonctivite primitive; de même je ne considérai pas le chémosis conjonctival comme symptomatique d'une choroïdite primitive ou d'un phlegmon de l'orbite. Je crus devoir éliminer la question de choroïdite, en considérant que, si la choroïde avait été prise en première ligne, la fonction visuelle aurait dû disparaître plus tôt et les phénomènes d'exophtalmie auraient été secondaires, ce qui était le contraire dans notre cas. De plus, la congestion de la choroïde constituant une vraie inflammation, aurait donné naissance à quelques phénomènes subjectifs qui ne seraient pas passés inaperçus du malade. D'autre part, une choroïdite existant déjà depuis quelques jours, donnerait une exophtalmie plus prononcée et aurait compromis davantage la vision. De même, j'écartai l'hypothèse d'un phlegmon de l'orbite, considérant que depuis le début de l'affection, il ne s'était pas encore produit de suppuration.

Il me semble qu'on devait plutôt diagnostiquer une téninite qui expliquait le mode d'invasion à la suite d'une hydropisie aiguë produite dans la capsule de Tenon, laquelle se serait enflammée secondairement, ce qui expliquait l'exophtalmie, le chémosis, la douleur vive et spontanée.

De plus, on constatait l'absence de cette blépharite caractéristique du phlegmon du tissu adipeux rétro-oculaire.

Ce qui, toutefois, me confirma dans mon diagnostic fut d'observer trois petites ouvertures faites spontanément dans la conjonctive, répondant aux trois tendons des muscles droit supérieur, interne et inférieur, desquelles sortit un liquide séreux, trouble, mélangé de quelques grumeaux blanchâtres.

Le patient racontait que les douleurs avaient beaucoup diminué; il me parut utile de lui conseiller un bandage légèrement compressif; en outre: administration de KI en solution.

Examen huit jours après: on constate la perte de la vision du côté gauche.

Au niveau des ouvertures conjonctivales, on voyait les tendons des muscles de couleur blanchâtre, ce qui avait fait

dire à un médecin présent qu'il s'était produit un processus de nécrose. On relève également une légère ulcération de la cornée sur son pourtour et du côté interne.

L'examen pratiqué après vingt jours donne les renseignements suivants :

Paupière supérieure normale; paupière inférieure renversée; globe oculaire imparfaitement rentré dans l'orbite, conservant ses mouvements physiologiques, bien que limités dans une certaine mesure. Vers l'insertion du droit interne, un tissu blanchâtre cicatriciel, rappelait l'aspect que l'on observe après une ténonite interne. Le globe oculaire fortement dévié en bas et en dehors paraissait plus volumineux qu'à l'état normal. Sclérotique distendue à sa partie supérieure et d'une couleur plombée; cornée transparente, sauf dans le secteur interne, où on voyait une tache qui se dirigeait vers le centre. Chambre antérieure augmentée de volume. Iris décoloré, atrophié. Pupille immobile, irrégulière et recouverte d'un léger voile grisâtre, réfractaire à l'éclairage oblique. Cristallin couleur d'ambre clair. L'examen du fond de l'œil est impossible. Augmentation de la tension oculaire. Aucune douleur de l'œil.

Je proposai une iridectomie afin de diminuer la tension intérieure. Amaurose par compression du nerf optique.

OBSERVATION IX

(FUCHS)

*Ténonite suppurée, consécutive à l'Influenza Hypopyon.
Cécité.*

Un journalier, âgé de 46 ans, avait eu une attaque d'influenza, avec de grandes douleurs dans la tête, les membres et le corps, qui le forcèrent à garder le lit pendant huit jours. Le quatrième jour, on vit apparaître un gonflement de la paupière supérieure qui s'étendit rapidement à la paupière inférieure. Durant huit jours, les paupières furent considérablement enflées; au bout de ce temps, il y eut écoulement de matière entre les paupières et le gonflement

diminua progressivement. La vision n'était pas affectée au début de l'attaque, mais quand les paupières purent s'ouvrir, l'œil était aveugle.

A la première visite, faite à la troisième semaine, il y avait encore un gonflement considérable des paupières avec exophtalmie. L'œil était poussé en avant et en bas, et ses mouvements étaient très limités, surtout en dehors. La conjonctive était injectée, œdématiée et très épaissie. En haut et en dehors de la cornée, la conjonctive présentait une perte de substance laissant à nu la sclérotique. Une ouverture semblable se voyait au-dessus de la cornée, à peu près à la limite antérieure de la capsule de Tenon. Une sécrétion purulente s'échappait de ces deux ouvertures dans lesquelles on pouvait passer une sonde fine et pénétrer ainsi dans l'arrière cavité de la capsule de Tenon. Il y avait du pus dans la chambre antérieure et dans le vitré; la pupille était petite et adhérente; la tension oculaire était au-dessus de la normale et la perception lumineuse abolie. Le malade souffrait également d'une pneumonie catarrhale. On trouva des pneumocoques dans le pus qui s'échappait de la capsule. Des souris inoculées avec ce pus moururent de septicémie et des cultures successives donnèrent des colonies de cocci.

OBSERVATION X

(GALLEMAERTS)

Ténonite suppurée traumatique. — Enucléation.

Accidents cérébraux.

Il s'agit d'un cas de ténonite par infection chez une femme, après une blessure de la sclérotique et de la conjonctive de l'œil gauche : douleurs, œdème des paupières, exophtalmie. Une ponction ne donne que très peu de pus. L'état de l'œil ayant empiré, on pratique l'enucléation. Le pus écoulé à ce moment ne renfermait que des staphylocoques. Cinq jours après la malade est prise d'accidents cérébraux : délire, paralysie de la jambe droite, du membre supérieur droit. Elle est restée après en traitement pendant quatre

mois avec les mêmes accidents et a présenté une phlébite dans l'intervalle.

OBSERVATION XI

(LURIE)

Ténonite purulente après l'influenza

La ténonite se déclare huit jours après un influenza. Les symptômes, peu précis au début, furent alarmants après quelques jours. Outre la ténonite, on observe un exsudat de la choroïde. Après trois semaines — la dernière semaine, l'affection prit les signes d'une panophtalmie — un abcès se développa à l'insertion du droit externe et pendant une semaine il s'écoula un pus épais entremêlé de débris nécrosés.

Le globe s'atrophie rapidement.

OBSERVATION XII

(TERLINCK)

Choroïdite et ténonite purulentes métastatiques

Cette affection s'est produite au cours d'un accès de toux, deux jours après la défervescence, chez une malade atteinte de pneumonie franche. La capsule de Tenon fut incisée; elle contenait de la sérosité purulente avec de nombreux pneumocoques.

CONCLUSIONS

I. — On a longtemps assimilé les mouvements du globe oculaire à ceux d'une tête osseuse dans sa cavité articulaire. Il semble aujourd'hui démontré que la capsule de Tenon n'est pas nettement individualisée comme la capsule d'une articulation. Il y a un espace celluleux de Tenon ou cavité de Tenon qui, en tant que cavité proprement dite, n'existe pas à l'état normal. Cette dénomination est cependant aussi justifiée que celle de la cavité de Retzius, où également il y a du tissu cellulaire lâche entre divers plans.

II. — Sous le nom de suppuration ténonienne, il faut entendre tout processus phlegmasique aboutissant à la suppuration et se développant dans l'espace celluleux de Tenon.

Au point de vue pathologique, on ne doit plus admettre les anciennes appellations d'hydropisie, de capsulite, d'hygromite: la ténonite sera simple ou séreuse ou bien suppurée et même fistulisée, comme nous le rapportons dans une observation peut-être

unique que nous avons recueillie dans le service de M. le Professeur Rollet.

III. — L'étiologie et la pathogénie sont variables. L'examen du pus a montré la présence du staphylocoque, du pneumocoque, de diplocoque, de cocci à Gram positif, et, le plus souvent, la suppuration ténonienne est le résultat de la localisation métastatique d'un micro-organisme virulent au niveau de l'espace de Tenon, au cours d'une maladie générale (rhumatisme, grippe, pneumonie, septicémie). Il est d'autres cas, beaucoup plus rares, où la suppuration ténonienne est secondaire à une affection oculaire.

IV. — L'affection est caractérisée cliniquement par : les douleurs névralgiques, la dyskinésie, le chémosis séreux, l'exophtalmie légère, le développement d'une petite collection purulente à l'insertion scléroticale d'un ou plusieurs muscles droit et la fistule conjonctivale.

V. — Le diagnostic doit être fait avec le phlegmon diffus de l'orbite, la panophtalmite ou phlegmon de l'œil, l'ostéo-périostite aiguë du rebord orbitaire, les suppurations collectées ou diffuses à point de départ sinusique.

VI. — Le pronostic, loin d'être bénin, doit être réservé, en raison des complications oculaires graves qui peuvent survenir au cours de l'évolution de la ma-

ladié (cécité par atrophie optique ou par suppuration oculaire).

Pour guérir la suppuration ténonienne, on pratiquera hâtivement le débridement de la capsule de Tenon au niveau de l'insertion sclérale juxta-limbi-que des tendons des muscles droits.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	ROLLET.
JEAN LEPINE.	.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Novembre 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du conseil de l'Université,
JEAN LEPINE.

BIBLIOGRAPHIE

- BECKER. — *Wien. Med. wochens.* N° 65 et 66, 1866.
- BERGER. — Anatomie normale et pathologique de l'œil.
- BERLIN. — *Klin. Monatsbl.*, 1866, p. 77.
- BOCK. — *Wien. Med. Zeit.* N° 26, 1884.
- BONNET. — Recherches nouvelles sur l'anatomie des aponévroses et des muscles de l'œil. *Bulletin de thérapeutique*, Vol. XX, 1841.
- . Traité des sections tendineuses et musculaires, Lyon, 1841.
- BOURDON. — Phlegmon de l'orbite. *Thèse de Lyon*, 1921.
- CAPOLONGO. — *Archivo di ottalmologia*, 1898-1899.
- CARON DU VILLARDS. — Guide pratique des Maladies des yeux. Paris, 1847. Masson, édit.
mai 1902, p. 114.
- . Encyclopédie Française d'Opht., vol. VIII. Art. Ténonites. Paris, 1909, p. 480.
- DAILLET. — Lés ténonites et les indications de la capsulotomie. *Thèse de Paris*, 1893.
- DRANSART. — *Journal d'Oculistique du Nord de la France*, 1893.
- FUCHS. — *Lehr. d. Augenh.*, 1889.
- GASPARRINI. — Ténonite suppurée à pneumocoques. *Annali di Ottalmologia*, 1894, p. 453.
- HÉLIE. — Recherches sur les muscles de l'œil. *Thèse de Paris*, 1841.
- HEYL. — *American Journal of Med. Sc.*, avril 1880.

- HODGES FREUND. — Un cas de ténionite consécutive à l'influenza. *The Ophthalmic review*, février 1892.
- JACQUEAU ET LEMOINE. — Nouvelle observation d'irido-ténionite double suppurée. *Rev. Générale d'Opht.*, 1922, p. 131-132.
- KIPP. — *American Society of Ophtalmology*, New-London, 1892.
- LAGRANGE. — *Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*. Art. Œil, tome III, 1891.
- DE LAPERSONNE. — *Thèse d'Agrégation*, Paris, 1886.
- LINHART. — *Verhandl. d. phys. med.*, Bd. IX, p. 245.
- LURIE. — Un cas de ténionite purulente après l'influenza. *Centralblatt f. Augenh.*, 1910, p. 289.
- LOURIÉ O.-R. — Un cas de ténionite purulente après l'influenza. *Wiensnik Opht.*, avril 1911, p. 361.
- MACKENZIE. — *Traité pratique des maladies de l'œil*. Paris, 1856. Masson, édit.
- MALGAIGNE. — *Anatomie chirurgicale*, vol. I.
- MONESI. — Deux cas de ténionite purulente. *Annali di Ottalmologia*, 1924, p. 784.
- MOTAIS. — *Encyclopédie Franc. d'Opht.*, tome I, Paris, 1903.
- PANAS. — De l'inflammation de la bourse celluleuse rétro-oculaire ou ténionite. *Archives d'Opht.*, 1883, p. 202.
- *Traité des maladies des yeux*, 1894, Paris.
- *Semaine Médicale*, 1897.
- POIRIER. — *Traité d'Anatomie humaine*.
- PUECHAGUT. — De la ténionite rhumatismale. *Thèse de Paris*, 1884.
- PURTSCHER. — Contribution à la connaissance de la ténionite suppurée. *Centralblatt f. Augenh.*, 1904.
- RAMPOLDI. — Un cas de ténionite primitive. *Annali di Ottalmologia*, 1881, p. 170.
- RICHEL. — *Traité d'Anatomie médico-chirurgicale*. Paris, 1855.
- ROMIÉE. — Inflammation de la capsule de Tenon, suite d'un abcès à la joue. *Recueil d'Opht.*, 1879, p. 641.

- ROLLET. — La ténionite suppurée. *Société Française d'Opht.*, mai 1902, p. 114.
- . Encyclopédie Française d'Opht., vol. VIII, art. Ténionites. Paris, 1909, p. 480.
- SAPPEY. — Traité d'Anatomie descriptive. Vol. II. Paris, 1879.
- SCHIESS-GEMUSEUS. — Contribution à l'étude de la ténionite. *Klin. Monatsblätter*, 1878, p. 305.
- SCIAUX. — La ténionite suppurée. *Thèse de Lyon*, 1902.
- SGROSSO. — Ténionite suppurée due à un cysticerque. *Revue générale d'Opht.*, 1893, p. 336.
- TERLINCK. — Choroïdite et ténionite purulente métastiques simultanées. *Bulletin de la Société Belge d'Opht.*, N° 41, avril 1920.
- TENON. — Mémoire d'Anatomie et de Physiologie, Paris, 1816.
- TERSON. — Chirurgie oculaire.
- TESTUT. — Traité d'Anatomie Humaine, Paris, O. Doin, édit.
- TILLAUX. — Anatomie Topographique, Paris, 1875.
- TSCHISTIAKOW. — Sur la capsule de Tenon et les ténionites. *Wiestnik Opht.*, juin 1911, p. 463.
- DE WECKER. — Traité complet d'Ophtamologie, 1889.
- ZIELINSKI. — La ténionite séreuse. *Annales d'Oculistique*, 1896, p. 363.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	7
Chapitre Premier.— Aperçu Anatomique	11
Chapitre II. — Etiologie des suppurations ténop- niennes.....	17
Chapitre III.— Symptomatologie	19
Chapitre IV. — Durée. — Marche. — Complica- tions	25
Chapitre V.— Diagnostic différentiel.....	27
Chapitre VI. — Pronostic et Traitement	31
Observations.....	33
Conclusions.....	47
Bibliographie.....	51
